

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

430

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1901, à 1 heure

Par HENRI JARDIN

Né à Amné (Sarthe), le 25 avril 1874

De la Faculté de médecine de Paris.

Ex-interne des Hôpitaux d'Angers.

Lauréat des hospices d'Angers 1893.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR LE PROLAPSUS UTÉRIN TOTAL

Président : M. TILIAUX, professeur.

Juges : { MM. LEGUEU, professeur.
JALAGUIER et BROCA (Aug.), agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

430

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1901, à 1 heure

Par HENRI JARDIN

Né à Amné (Sarthe), le 25 avril 1874

De la Faculté de médecine de Paris.

Ex-interne des Hôpitaux d'Angers.

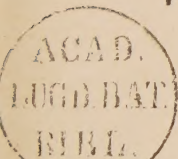
Lauréat des hospices d'Angers 1893.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR LE PROLAPSUS UTÉRIN TOTAL



Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. LEGUEU, professeur.
JALAGUIER et BROCA (Aug.), agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
Pathologie médicale	}	HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie		CORNIL.	
Operations et appareils		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie		BERGER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		LANDOUZY	
Médecine légale		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée		N.....	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale	}	JACCOUD.	
Maladie des enfants		HAYEM.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEBOVE.	
Clinique des maladies du système nerveux		GRANCHER.	
Clinique chirurgicale	}	JOFFROY.	
Clinique ophthalmologique		FOURNIER.	
Clinique des maladies des voies urinaires		RAYMOND.	
Clinique d'accouchements	}	TERRIER.	
Clinique gynécologique		DUPLAY.	
Clinique chirurgicale infantile		LE DENTU.	
		TILLAUX.	
		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agrégés en exercices.			
MM.	DESGREZ	LEJUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRÉ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARAIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1794, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET A L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

M. Legludic, chevalier de la Légion d'honneur, Directeur de l'Ecole de médecine ; MM. Dezauneau, Feillé et Douet, à la mémoire desquels j'adresse un souvenir de reconnaissance ; MM. Monprofit, Jagot, Boquel, professeurs de clinique ; MM. Bahnaud, Thibault, Mareau, Tesson, Charier, Brin, Martin, Papin, Rognet, Cocard professeurs à l'Ecole de médecine ; M. Motais chargé d'un cours libre de clinique ophtalmologique ; MM. A. Dezauneau et Lepage, anciens chefs de clinique ; MM. Maugourd et Royer, chefs de clinique en exercice.

Expression d'une sincère reconnaissance pour leurs savantes leçons, leurs excellents conseils et leur bienveillante sympathie.

A MES PROFESSEURS A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité.

Membre de l'Académie de médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
POUR LE PROLAPSUS UTÉRIN TOTAL

INTRODUCTION

Pendant notre internat dans le service de M. Monprofit, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs hystérectomies vaginales totales pour prolapsus utérin complet.

L'étude de l'hystérectomie vaginale que M. le Dr Monprofit réserve à peu près exclusivement au prolapsus utérin, nous a semblé digne d'intérêt, et, sur ses conseils, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a procuré les documents nécessaires à l'entreprise de ce

travail, et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner dans le courant de nos études médicales.

Nous avons cru devoir diviser notre travail de la façon suivante :

Après un aperçu historique de la question, nous ferons l'exposé de l'étiologie et de l'anatomie pathologique du prolapsus utérin.

Nous étudierons ensuite les divers procédés opératoires et en particulier celui que nous avons vu pratiquer à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Dans un dernier chapitre nous verrons les résultats ainsi que les indications et les contre-indications de l'hystérectomie.

Enfin l'exposé de nos observations inédites précédera nos conclusions.

HISTORIQUE

L'hystérectomie vaginale n'est pas une opération née d'hier. Imaginée d'abord pour extirper les utérus fibromateux ou cancéreux, Oakley, médecin de Birmingham, l'avait déjà proposée en 1757 à une malade atteinte de prolapsus irréductible de l'utérus compliqué de gangrène. Mais l'opération n'eut pas lieu.

C'est en 1813 que Langenbeck fit la première ablation par la voie vaginale d'un utérus cancéreux prolabé. Il fut suivi de près par Hoelscher en 1824, Siebold en 1824 et en 1825, Blundell, Bauner et Lizars en 1826.

Les résultats ne furent pas encourageants. Le manque d'antisepsie et l'insuffisance des moyens d'hémostase donnèrent des résultats déplorables, et l'hystérectomie ne fut pas expérimentée en France.

A l'étranger, on continue à publier quelques observations. En 1836, Gebhardt, et Jürgensen en 1838, enlèvent des prolapsus de l'utérus atteints de dégénérescence cancéreuse, et avec succès.

En 1864, Edwards publie dans le *British medical* l'observation d'une hystérectomie pratiquée pour un prolapsus irréductible compliqué de gangrène.

Il faut arriver jusqu'à 1867 pour trouver une hystérec-

tomie faite pour prolapsus utérin non compliqué de gangrène ou de cancer. Choppin, en Amérique, est le premier qui fit de parti pris l'ablation de l'organe dans le prolapsus complet. Le silence s'établit pendant quelques années, et l'on cite les observations de Paterson et de Corradi 186, de Kehrer en 1877, de von Teuffel, de Martin et de Kaltenbach en 1880.

Depuis 1880, les observations deviennent très nombreuses à l'étranger. Nous citerons entre autres celles de Munchmeyer, Müller, Negretto, Winiwarter, Coë, Krug, Baldy, etc., et en 1889, Robert Asch publie un mémoire important basé sur huit opérations recueillies à la clinique de Breslau.

En 1886, paraît la première observation d'hystérectomie faite en France par M. Richelot sur une femme de 60 ans atteinte de procidence complète. Peu de temps après l'opération, la malade eut un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois et on fut obligé de pratiquer un large avivement des parois antérieure et postérieure, avec cloisonnement du vagin.

En 1888 Routier pratique la même opération chez une jeune femme de 24 ans qui avait déjà subi quatre opérations différentes.

A peu près à la même époque, Terrilon en 1889, Goullioud en 1891, Quénu en 1892, Segond, Lejars en 1893 avaient pratiqué l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin.

Mais tous ces faits étaient passés inaperçus, et c'est à M. Quénu (communication faite à la société de Chirurgie 1893) que revient le mérite d'avoir attiré l'attention des chirurgiens sur cette question.

Depuis cette date de nombreuses hystérectomies ont été faites, et de nombreux travaux ont été publiés. MM. Pozzi, Hartmann et du Bouchet en 1894, et en 1896, M. Bouilly dans son rapport au Congrès de Chirurgie ont fait voir que l'hystérectomie avait ses indications dans le traitement du prolapsus génital.

ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU PROLAPSUS COMPLET

On dit qu'il y a prolapsus utérin toutes les fois que l'utérus est situé au-dessous de son plan habituel.

Normalement l'utérus est fixé au-dessus du plancher pelvien, par des ligaments qui le relient aux parties avoisinantes. Les ligaments ronds l'empêchent de basculer en arrière ; les ligaments larges s'opposent à son inclination latérale ; enfin les ligaments utéro-sacrés, larges, épais, très résistants sont les véritables ligaments suspenseurs de la matrice.

Mais tout cet appareil de suspension est insuffisant pour maintenir l'utérus s'il n'est pas soutenu par sa partie inférieure. Il forme avec le vagin un angle obtus ouvert en avant. Par son poids, les deux parois du vagin sont appliquées l'une contre l'autre, et s'opposent à la descente de l'utérus.

Les organes sont soutenus, comme par une sangle, par le releveur coccy-périnéal, qui constitue un véritable diaphragme, et par les aponévroses et muscles du périnée. La résistance de ce plancher pourrait être amoindrie par la vulve ; mais elle est défendue par son étroitesse, par son sphincter et son orientation qui est oblique d'arrière en avant,

Il nous est donc facile de voir maintenant comment se produira le prolapsus. Si la femme se lève trop tôt après un accouchement, ses ligaments ronds, utéro-sacrés, allongés pendant la grossesse, auront une longueur trop grande et ne pourront plus maintenir l'organe en place.

De même, si, par suite de nombreuses grossesses, ou d'accouchements laborieux, les tissus sont relâchés, le périnée déchiré, si les parois vaginales antérieure et postérieure ne sont plus en contact, l'utérus non soutenu aura des tendances à franchir la vulve.

Le plus souvent la paroi vaginale antérieure tombe la première, puis la paroi postérieure entraînant à sa suite l'utérus. Lorsque le prolapsus est complet, il forme une tumeur qui peut être du volume du poing environ, saillante au dehors de la vulve. Elle est recouverte de toutes parts par la muqueuse vaginale invervée. La muqueuse est sèche, rugueuse, de coloration violacée et bleuâtre, et présente parfois au niveau du col des ulcérations saignant facilement.

En même temps que l'utérus est abaissé, il est en général dévié, en rétroflexion et plus ou moins augmenté de volume.

La vessie est généralement très déformée dans le prolapsus complet. Le plus souvent l'urèthre forme une courbe ou un angle aigu ouvert en bas. La vessie prend la forme d'un bissac dont une partie reste dans la cavité pelvienne et dont l'autre est située au-dessous de l'orifice interne de l'urèthre, accolée à la paroi vaginale prolabée.

Le rectum est rarement entraîné. La partie postérieure

du prolapsus est formée par la paroi vaginale dans laquelle est descendu le cul-de-sac péritonéal de Douglas. Les anses intestinales s'y accumulent, et constituent un danger dans le cours de l'opération.

Telles sont les difficultés que le chirurgien pourra rencontrer par suite de la modification des rapports de l'utérus. Il pourra les éviter facilement en ayant soin de raser le plus possible l'utérus dans son décollement soit antérieur, soit postérieur.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Lorsqu'on s'attaque à un utérus complètement sorti de la vulve, le manuel opératoire est de beaucoup simplifié si on le compare à ce qui se passe lorsque l'organe occupe sa situation normale dans le bassin. Tout se passe à ciel ouvert ; les ligaments larges sont abaissés, et la ligature en est facile à faire. L'asepsie sera également facile à obtenir.

La veille de l'opération, après avoir donné un lavement pour faciliter l'évacuation des matières fécales, la malade sera savonnée et rasée. Des compresses de sublimé seront appliquées sur la vulve et les parties prolabées. Au moment même de l'intervention, la malade devra être sondée, et on en profitera pour reconnaître le cul-de-sac vésical hernié s'il existe de la cystocèle. La sonde pourra même être laissée en place ; son extrémité aidera puissamment le chirurgien en lui fixant les limites de la vésie.

Sur un plateau préalablement flambé, et recouvert de compresses aseptiques, auront été placés les instruments suivants :

4 pinces à griffes de Museux.

- 2 valves vaginales.
- 1 bistouri droit.
- 1 paire de ciseaux droits.
- 1 paire de ciseaux courbes.
- 12 pinces hémostatiques.
- 4 pinces à pédicule.
- 1 pince à disséquer ordinaire.
- 1 porte-aiguille de Hagedorn.
- aiguilles de Hagedorn de différentes grosseurs.

Une certaine quantité de grandes et de petites compres-
sures, ainsi que de tampons sera nécessaire.

On aura de gros fils de soie pour les pédicules et des
fils de lin fin pour ligature des vaisseaux.

Toutes ces précautions prises, la malade est endormie
et placée sur la table d'opération dans la position obsté-
tricale. Deux larges valves appliquées l'une sur la paroi
antérieure, l'autre sur la paroi postérieure, écartent les
parois vaginales. Le col utérin est saisi avec une pince
à griffes de Museux et abaissé. A l'aide du bistouri, et
près du museau de tanche on pratique tout autour une
incision circulaire intéressant seulement la paroi vaginale,
de façon à détacher les insertions vaginales. Deux inci-
sions latérales à droite et à gauche, longues de deux
centimètres, partent de l'incision circulaire pour se por-
ter en dehors, en suivant la base des ligaments larges.

On isole le col soit avec les doigts, soit en se servant
des ciseaux, plutôt pour déchirer que pour couper. On
décolle successivement la vessie, en ayant soin de raser
le col de très près, jusqu'à ce qu'on ait reconnu la sé-
reuse qui est incisée largement. Le col étant relevé en

avant derrière le pubis, on le décolle de la même façon en arrière, de façon à l'isoler du rectum, et on ouvre largement la séreuse.

L'utérus est abaissé fortement ; on bascule le fond en avant de façon à rendre les ligaments larges accessibles. Le doigt introduit dans la plaie reconnaît l'état des annexes. Sur le ligament large gauche on place une longue pince à pédicule, et on le sectionne en dedans de la pince.

L'utérus ne tient plus que par son ligament large droit. On l'attire fortement de façon à bien tendre ce ligament et on le sectionne.

Si les annexes sont trouvées malades, ou peuvent devenir cause d'une infection péritonéale, il est bon d'en faire l'ablation immédiate. Avec l'index gauche, on va à la recherche des annexes du même côté qu'il est facile d'abaisser par simple traction. Pince à pédicule en dehors de l'ovaire à enlever et section. De même du côté droit.

Par simple traction sur les pinces on abaisse le pédicule et on pratique une ligature par transfixion avec un fort fil de soie stérilisée ou de catgut. — Nettoyage du vagin et tamponnement à la gaze iodoformée.

Diverses modifications ont été apportées à ce procédé. Pour enlever l'utérus les uns se contentent d'abaisser l'organe, d'autres lui impriment un mouvement de bascule qui a pour résultat de bien découvrir les ligaments larges et de faciliter la dissection de la vessie lorsque celle-ci paraît amincie. On commence alors la dissection par le cul-de-sac vésico-utérin.

Richelot et quelques autres avaient proposé de laisser

des pinces à demeure sur les pédicules. Cette manière de faire est abandonnée de la plupart des chirurgiens. D'abord les pinces peuvent lâcher, et il serait difficile de les replacer de nouveau. De plus elles empêchent de faire une opération complémentaire sur le périnée. Ce procédé est abandonné complètement par M. Monprofit.

Lorsque l'utérus est volumineux, qu'il est compliqué de fibromes par exemple, son ablation par le vagin peut être très difficile. Aussi dans ces cas est-on forcé de morceller l'utérus. Tel est le but du procédé de Péan.

Procédé Péan. — Après avoir mené une incision circulaire tout autour du col, les faces antérieure et postérieure sont libérées, les culs-de-sac péritonéaux largement ouverts, les ligaments larges libérés de chaque côté. Le col utérin est dégagé dans toute sa hauteur, et divisé en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure. On sectionne chacune de ces valves avec le bistouri en ayant soin de faire une nouvelle prise avant de se débarrasser d'un fragment de tissu utérin. On place une pince sur chaque ligament large. On continue le morcellement, et de nouvelles pinces sont placées sur les ligaments larges à mesure qu'ils s'abaissent. L'utérus ainsi enlevé par morceaux, le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Procédé Müller. — Müller divise l'utérus longitudinalement en deux moitiés. Grâce à la disposition anatomique des vaisseaux de l'utérus, cette section, si elle est médiane, se fait sans hémorrhagie importante. Chaque moitié de l'utérus est attirée au dehors avec son ligament et la ligature se fait alors facilement.

Procédé Doyen. — Ce procédé qui donne les mêmes

facilités que celui de Müller et permet d'enlever de très gros utérus, a de plus l'avantage d'être rapide.

Après avoir incisé la muqueuse vaginale, il dénude le col en avant et en arrière aussi haut que possible sans se préoccuper du cul-de-sac antérieur du péritoine. La vessie est protégée par une grande valve. On se rend compte au moyen d'un hystéromètre de la direction de l'utérus, et au moyen d'une paire de ciseaux, on pratique l'incision médiane du col. L'organe est abaissé au moyen de pinces à griffes, et l'incision continuée sur la face antérieure de l'utérus.

Dès que le fond de l'organe est dégagé, l'index est glissé en arrière du ligament large d'un côté, sur lequel on place une longue pince de Doyen.

Avec ses procédés qui abaissent facilement l'utérus, M. Faure pratique la segmentation transversale qui permet de lier plus solidement les ligaments larges. L'utérus étant divisé en deux moitiés par une incision médiane, on le sectionne transversalement, perpendiculairement à l'axe de l'utérus. Il faut dépasser sur le côté les limites de l'utérus, et empiéter de 2, 3, 4 centimètres au besoin suivant sa laxité, sur le ligament large lui-même.

On a ainsi un fragment d'utérus avec un pédicule petit, mince, facile à lier au niveau de sa base.

Tels sont les divers procédés d'hystérectomie vaginale employés à l'heure actuelle.

Mais nous avons vu que dans le prolapsus complet, les parois vaginales étaient abaissées, et cet abaissement persiste même après l'ablation de l'organe. Aussi a-t-on essayé

d'en fixer la partie supérieure aux parties sus-jacentes de façon à former un dôme résistant.

Martin (de Berlin) ferme le péritoine et suture les ligaments larges de manière que leur surface cruentée fasse saillie dans le vagin. Le péritoine est suturé au vagin. On termine en plaçant trois ligatures sur chaque ligament large, de façon que chaque fil traverse la paroi vaginale.

Beverley Mac Monagle (de San-Francisco) suture les ligaments larges l'un à l'autre afin de fermer le péritoine et de fournir à la partie supérieure du vagin un point d'attache solide.

Czempin conseille aussi de prendre le vagin aux moignons des ligaments larges coupés le plus loin possible de l'utérus.

M. Quénu a insisté sur cette pratique en la perfectionnant. « Après avoir ouvert les culs-de-sac postérieur et antérieur du péritoine, nous sectionnons l'utérus sur la ligne médiane; puis avec la plus grande facilité nous lions en chaîne de chaque côté les ligaments larges au moyen de trois fils de soie plate; nous coupons un chef sur deux, de manière à ne conserver de chaque côté que trois chefs.

« Alors chaque moitié utérine étant excisée, nous lions chaque fil du côté droit avec celui du côté gauche. Nous réunissons nos deux moignons l'un à l'autre de manière à faire une sorte d'écharpe qui soutienne les efforts abdominaux. Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant aux bords antérieurs et postérieurs de l'angle. La surface des pédicules est donc extra-péritonéale; nous la recouvrons de la face cruentée du vagin que nous sutu-

rons entièrement avec du catgut. Une de ces sutures au moins traverse à la fois les lèvres de l'incision vaginale et le pédicule. L'orifice résultant de l'ablation utérine est de cette façon fermé en totalité; la rétraction cicatricielle aura pour effet de remonter et de tirer sur le vagin. Cette sangle et le fond du vagin qui se trouvent presque à la vulve au moment de l'opération, sont refoulés et maintenus pendant trois semaines par un tamponnement vaginal ».

Le procédé de Quénu est donc en même temps une véritable colpexie.

A cette suture du vagin et des ligaments larges on associe encore la résection large des parois vaginales. Tel est le procédé de Fritsch, décrit par Asch.

« Sur la partie postérieure du prolapsus utéro-vaginal, on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre le cul-de-sac de Douglas, et on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. L'utérus apparaît en ce moment, et il est facile d'en attirer le fond au dehors. On fait la ligature par étages des ligaments larges en commençant par le haut, et on enlève simultanément les annexes s'ils sont malades. Il ne reste plus maintenant qu'à détacher l'utérus en avant.

« Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urèthre, et on détache la muqueuse vaginale sur toute la partie circonscrite de l'incision. Le cul-de-sac péritonéal est ouvert, et l'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale antérieure et postérieure.

« On réunit transversalement les deux lèvres de la résection de la paroi vaginale antérieure; puis après avoir réduit la vessie, on attire au-dessous le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale. Les moignons des ligaments larges sont suturés au vagin de chaque côté et parviennent par leur rétraction à tendre le vagin. La cavité péritonéale non oblitérée est fermée par un tampon de gaze iodoformée ».

M. Pozzi a adopté cette méthode de Fritsch tout en lui faisant subir certaines modifications.

Il commence par circonscrire au bistouri un grand lambeau triangulaire sur la paroi vaginale antérieure : son sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de deux ou trois centimètres au plus. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles se confondent par leur base et comprennent dans leur écartement le col utérin. Il dissèque aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin, et à mesure que le col devient libre, il l'incise de bas en haut sur sa face antérieure. Avec des pinces fixées sur la tranche de l'incision, il abaisse la matrice en la faisant basculer d'avant en arrière et place des ligatures sur les ligaments larges.

La plaie vaginale est suturée en avant et en arrière par quelques points au catgut. Il ne croit pas nécessaire de fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges. « Le processus normal de la cicatrisation après l'hystérectomie amène la formation d'une cicatrice ombiliquée où se trouvent soudés les moignons des ligaments larges, le péritoine et le vagin, sans le secours d'aucun artifice opératoire ».

SUITES OPÉRATOIRES

D'une façon générale, l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus est une opération relativement facile et bénigne.

Cependant quelques chirurgiens font remarquer que l'hystérectomie vaginale, du fait même du prolapsus, n'est pas aussi simple qu'on serait tenté de le supposer en voyant l'utérus hors la vulve.

Les parois vaginales et utérines sont le plus souvent très hypertrophiées et enflammées; les vaisseaux sont dilatés et par suite l'hémostase peut présenter de grandes difficultés. Schwartz, Reynier ont observé des hémorragies opératoires abondantes.

Des hémorragies post-opératoires ont été également signalées, et Lucas-Championnière cite un cas de mort dans ces conditions.

Nous croyons ces dangers faciles à éviter. Tout le champ opératoire est à la vulve sous les yeux, l'application des pinces hémostatiques sera donc facile. Quant aux hémorragies post-opératoires, elles seront à coup sûr évitées lorsque l'hémostase aura été assurée par des ligatures et non par des pinces à demeure. Si du sang venait en nappe de la tranche vaginale, quelques points

de suture et le tamponnement vaginal en auraient vite raison.

Par suite de la modification de ses rapports, la dissection de la vessie peut être une source de difficultés.

Pour la faciliter, on peut comme l'indique Pozzi introduire une sonde et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. De cette façon l'ouverture de la vessie sera facilement évitée, surtout si on a le soin de disséquer en rasant l'utérus et même en entamant cet organe si c'est nécessaire.

L'infection secondaire, qui a été signalée également, sera facilement évitée si l'asepsie a été rigoureuse et si après l'opération on a fait un tamponnement soigné du vagin.

Aucune de ces objections n'est donc sérieuse, et dans la grande majorité des cas, les suites de l'hystérectomie vaginale sont des plus simples. C'est ce que nous avons constaté dans les cas que nous avons pu observer dans le service de M. Monprofit à Angers.

Dans tous les cas sans exception, les malades éprouvent un grand soulagement. Les troubles de la miction et de la défécation, s'ils existaient, disparaissent complètement, même lorsqu'il y a tendance à la récurrence. Les sensations douloureuses cessent aussi, et les malades reprennent vite leurs occupations ordinaires.

Cependant les récurrences de colpocèle sont excessivement fréquentes. Richelot, quelques mois après une hystérectomie vaginale simple faite pour prolapsus, constata une récurrence et fut obligé de faire une colpo-périnéorrhaphie. Reclus, Le Dentu, Segond et la plupart des chirurgiens

giens ont souvent constaté de nouveaux prolapsus quelquefois aussi marqués que le premier.

Zolonitsky (thèse Paris 1894) trouve sur 62 cas d'hystérectomie vaginale simple, 23 récidives. Soit une proportion de 37 0/0.

L'hystérectomie, faite avec large résection du vagin, suivant les procédés de Fritsch, de Pozzi donne de meilleurs résultats, et cependant la récidive n'est pas rare. Dans tous les cas, il faut associer la colpoperinéorrhaphie à l'hystérectomie vaginale.

Aussi bon nombre de chirurgiens trouvèrent que l'hystérectomie était une opération bien grave pour le peu de résultats qu'elle donnait, et préférèrent s'adresser aux opérations plastiques sur le vagin ou au raccourcissement des ligaments suspenseurs de l'utérus.

Sans doute la restauration du périnée seule pourra donner de très bons résultats, surtout dans les prolapsus peu accentués. Dans le prolapsus complet cette opération seule est toujours insuffisante.

Le raccourcissement des ligaments pourra guérir aussi certains prolapsus. Et chez les femmes jeunes, susceptibles d'avoir des enfants, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (1) ou la gastro-hystéropexie devront toujours être tentés, de préférence à l'hystérectomie.

Mais ces opérations conservatrices, ne suffisent pas dans tous les cas. Chez les femmes âgées, dont le tissu musculaire des parois abdominales a perdu toute toni-

1, Landron, Thèse de Paris, 1900.

cité, dont le plancher pelvien tout entier a subi un véritable effondrement, ces opérations n'ont aucun résultat et l'hystérectomie vaginale est la seule intervention capable d'amener une guérison.

L'hystérectomie seule ne suffira cependant pas et il faudra toujours faire en même temps une colpo-périnéorraphie.

QUAND FAUT-IL FAIRE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE PROLAPSUS UTÉRIN COMPLET ?

Nous venons déjà de voir un cas dans lequel l'hystérectomie vaginale pourra seule amener la guérison. M. Quénu conseille l'hystérectomie « contre le prolapsus total chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, et spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ».

M. Pozzi reconnaît comme autre indication les « prolapsus complets avec allongement hypertrophique du col utérin et développement exagéré des parois vaginales inversées », prolapsus qu'il compare à ces vieilles hernies qui ont perdu droit de domicile. « Sans l'hystérectomie, dit-il, l'utérus allongé et le vagin exubérant que vous aurez refoulés au-dessus du périnée reconstitué, feront une pesée telle sur votre suture qu'elle échouera ou se laissera distendre par la suite ».

Dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus, quand la réduction de l'organe est suivie

immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale, ou encore dans les prolapsus irréductibles, par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes, l'hystérectomie vaginale sera absolument indiquée.

Lorsque le prolapsus est compliqué de fibrome, de cancer, ou de gangrène, ce sont les lésions concomitantes qui commandent l'intervention. Dans ces cas l'hésitation n'est pas possible.

De même dans l'évolution simultanée d'une lésion inflammatoire bilatérale des annexes, s'il n'y a plus d'espoir de voir les lésions disparaître, il n'y a plus aucune raison pour chercher à conserver l'utérus.

Enfin nous ajouterons comme dernière indication les cas où les autres méthodes thérapeutiques auront échoué et quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables.

Les contre-indications seront tirées du jeune âge et de l'état général des malades. En règle générale, l'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'après la ménopause ou chez les femmes qui sont assez proches de cette époque.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Recueillie dans le service du D^r Monprofit par notre ami M. le D^r Cocard.

Mme L... de Thouars, âgée de 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 3 décembre 1896, dans le service de clinique chirurgicale.

La malade a été réglée à l'âge de 14 ans, d'une façon régulière.

Première grossesse à 21 ans, accouchement à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse à 28 ans, accouchement à terme, enfant vivant.

Troisième grossesse à 30 ans, accouchement à terme, enfant vivant.

Quatrième grossesse à 33 ans, accouchement à terme, enfant vivant.

Cinquième grossesse à 36 ans, accouchement à terme, enfant vivant.

Sixième grossesse à 39 ans, accouchement à terme, fait dans de mauvaises conditions sans le secours de personnes compétentes.

Depuis ce temps, sensation de pesanteur dans le bas-ven-

tre augmentant par la fatigue. Commencement de prolapsus utérin. La malade continue à s'occuper de son ménage et de travaux à l'extérieur. Il y a deux ans, elle dut rester chez elle à cause de l'impossibilité où elle était de maintenir le prolapsus.

Depuis cette époque, la chute de l'utérus a toujours été en s'accroissant. Actuellement, l'organe est complètement sorti hors de la vulve, coiffé par le vagin retourné sur lui-même. La malade le réduit de temps en temps avec assez de facilité, mais il retombe très vite. Il y a en même temps cystocèle.

Le 7 décembre 1896, la malade est chloroformisée et mise sur le lit d'opération dans la position gynécologique.

Désinfection du périnée, de la vulve et de la partie prolapsée.

Premier temps. — Incision circulaire autour du col avec le bistouri : deux incisions latérales ascendantes partent de celle-ci pour rendre facile le décollement vaginal. Ouverture du cul-de-sac postérieur avec les ciseaux et le doigt qui pénètre dans le cul-de-sac de Douglas. Dissection du lambeau vaginal antérieur découvrant la base des ligaments larges. Ceux-ci sont rendus abordables par la bascule de l'utérus en arrière, qui amène son corps au dehors par l'ouverture faite au cul-de-sac postérieur. Section du ligament large à petits coups de ciseaux (on jette des pinces hémostatiques sur les vaisseaux à mesure qu'ils se présentent) d'abord du côté droit. Ligatures séparées des vaisseaux à la soie fine. Section du ligament large du côté gauche de la même façon et hémostase définitive à la soie. L'utérus est ainsi complètement détaché, on l'enlève. Avec un fil de soie de grosseur moyenne, passé à l'aide de l'aiguille de Reverdin à travers

la partie vasculaire de chaque ligament large, on lie solidement chacun des moignons (ligature en chaîne). Les fils ainsi liés sont maintenus à l'extérieur jusqu'au troisième temps de l'opération.

Deuxième temps. — Section de la paroi antérieure du vagin sur la ligne médiane dans toute son étendue; les deux lambeaux vaginaux ainsi formés sont disséqués et séparés de la vessie.

On jette des pinces au fur et à mesure sur les vaisseaux de la paroi sectionnés dans ce décollement qui est poursuivi jusqu'au pourtour de l'orifice vulvaire. Les deux lambeaux disséqués sont réséqués presque ras et la partie restante repérée au moyen de pinces. Quant à la paroi postérieure, le toucher rectal ayant montré que le rectum ne s'était pas déplacé avec elle, elle est enlevée tout entière par une section transversale. On procède à l'hémostase définitive des surfaces de section par des ligatures à la soie.

Troisième temps. — Pour obturer solidement la large voie ouverte à l'issue des intestins et de la vessie : 1° on amène au dehors les moignons des ligaments larges (à l'aide des fils de la ligature en masse conservés au dehors) et on les suture l'un à l'autre avec un fort catgut. On coupe ras les fils et tout rentre dans le ventre. 2° On réduit la cystocèle, puis on réunit par un surjet de catgut fort les lèvres de la plaie vaginale, de façon à obtenir une ligne de réunion antéro-postérieure et médiane. Un petit drain de caoutchouc est placé dans la partie inférieure.

Pansement : poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate hydrophile maintenue par un bandage en T. On cesse le chloroforme et la malade est reportée à son lit.

Le 10 décembre. — On retire le drain. Il n'y a aucun suintement. On met un nouveau pansement vulvaire.

La malade a été vue quatre mois après l'intervention : la cicatrice vaginale était solide : la miction se faisait facilement.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie dans le service de clinique chirurgicale
de M. le Dr Monprofit.

Hystérectomie vaginale consécutive à une colpo-périnéorraphie.

Mme R..., âgée de 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, dans le service de clinique chirurgicale, le 18 mars 1898.

Cette femme, dont la taille est de 1 m. 35, eut à l'âge de 38 ans, une grossesse pour laquelle M. Monprofit pratiqua une symphyséotomie avec enfant vivant.

Il y eut une déchirure du périnée qu'on sutura immédiatement.

Quelques mois après son accouchement, apparaissent des troubles provoqués par la descente des organes. La malade se plaint de pesanteur dans le bas-ventre avec tiraillements dans les reins, et surtout d'une grande gêne dans la marche. On constate une rectocèle avec légère procidence de l'utérus.

En 1896, on lui fait une colpo-périnéorraphie postérieure. La malade éprouve un soulagement pendant quelque temps ; puis le prolapsus réparaît.

Les douleurs sont exagérées au moment des règles. Les mictions sont difficiles et douloureuses. Constipation opiniâtre.

À l'examen, on trouve un utérus ayant dépassé la vulve, et très augmenté de volume.

Le prolapsus peut être réduit ; malgré cela, les douleurs dans le bas-ventre persistent, et la malade est dans l'impossibilité de marcher.

Opération le 28 mars. Après chloroformisation et asepsie de la région, la malade est placée dans la position obstétricale. Deux vulves sont placées, l'une en avant, l'autre en arrière, et on saisit le col avec une pince à griffes.

On fait une incision circulaire au bistouri, autour du col, deux incisions latérales sont faites afin d'arriver plus facilement sur les ligaments larges. Ouverture du cul-de-sac postérieur avec les ciseaux, et incision du cul-de-sac de Douglas. Dissection du lambeau vaginal antérieur et décollement de la vessie.

L'utérus est basculé en arrière, et les ligaments larges sont facilement abaissés. Une pince languette est placée sur les ligaments larges de chaque côté. Section des ligaments, on achève d'enlever l'utérus. Quelques pinces hémostatiques sont placées sur des vaisseaux venant du vagin.

Ligature des vaisseaux. Ligatures des pédicules par transfixion avec un gros fil de soie.

Trois points de suture à la soie sont faits sur le fond du vagin. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires se font sans la moindre élévation de température.

Dès le lendemain de l'opération, la malade urine seule et sans difficulté. Elle se lève au 10^e jour, et sort de l'hôpital le 13 avril.

Nous avons revu cette malade depuis quelque temps. Le

résultat est bon ; la malade a repris ses occupations, et ne souffre nullement. Dans les efforts, on constate cependant un léger prolapsus de la paroi postérieure.

OBSERVATION III (Personnelle).

Recueillie dans le service de clinique chirurgicale.
de M. le D^r Monprofit,

Marie H..., âgée de 51 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 2 octobre 1899.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 15 ans, elle a deux enfants, le premier à 25 ans, et le second à 27 ans.

Le premier accouchement fut très long et on dut faire une application de forceps. A la suite de cet accouchement se produisit une chute de l'utérus qui disparut pendant la deuxième grossesse. Cette grossesse fut normale et l'accouchement facile.

Immédiatement après ce second accouchement, le prolapsus reparait. Depuis ce temps, sensation de pesanteur dans le bas-ventre augmentant par la fatigue. On avait essayé de lui mettre des pessaires. Mais au bout de quelques mois le pessaire tombait, et il fallait en mettre un plus large qui avait bientôt le même résultat.

Il y a 5 ans, la matrice commence à apparaître de nouveau à la vulve et à partir de ce moment la malade marche difficilement.

Le col est en partie hors de la vulve dans la station debout. Par suite du frottement il s'ulcère et saigne facilement. Dans la position couchée, on peut le faire rentrer facilement.

Pas de gêne à la miction ni à la défécation.

Les règles ont cessé à 45 ans.

Le 5 octobre 1899 la malade est anesthésiée au chloroforme et placée dans la position obstétricale. Savonnage de la vulve et du vagin et de la partie procédente à l'alcool et au sublimé.

Le col est saisi avec une pince à griffes de Museux et abaissé. Avec le bistouri, on fait une incision sur la paroi vaginale, tout autour du col, de façon à former en avant un lambeau ovalaire de la paroi vaginale, s'étendant depuis le méat jusqu'au museau de tanche, et en arrière, un petit lambeau triangulaire à sommet postérieur. Au moyen des ciseaux on dissèque le col en arrière ; effondrement du cul-de-sac postérieur, et ouverture du cul-de-sac de Douglas. Décor-tication du col en avant, en suivant de très près le tissu utérin, et ouverture du cul-de-sac péritonéal. On abaisse de plus en plus l'utérus de façon à bien le libérer tout autour. Une compresse est placée dans le cul-de-sac postérieur. On fait basculer peu à peu la face antérieure et on attire le fond en avant.

Les ligaments larges sont à découvert. Le ligament large gauche est suturé par étage, avec du fil de soie fin monté sur aiguille de Hagedorn. Section avec les ciseaux. L'utérus est abaissé fortement de façon à bien tendre le ligament latéral droit qui est traité de la même façon, et sectionné.

Hémostase des vaisseaux de la tranche vaginale et ligature à la soie. Les fils sont coupés. Les ligaments larges sont rapprochés l'un de l'autre au moyen de deux fils de soie qui traversent les bords supérieurs du vagin. Fermeture complète du vagin.

Lavage au sublimé. Tamponnement iodoformé. Un tampon

de coton hydropile est maintenu sur la vulve au moyen d'un bandage en T.

La malade est reportée dans son lit. Quelques vomissements dans le courant de la soirée. Pas d'hémorrhagie. Le tampon vaginal est retiré au bout de 48 heures. A partir de ce moment la malade urine seule.

Elle se lève douze jours après son opération, et ne souffre pas.

A sa sortie de l'hôpital, le 21 octobre, le vagin est en très bon état. Pas le moindre prolapsus.

OBSERVATION IV (Inédite).

Recueillie dans le service de clinique chirurgicale du Professeur Monprofit par notre collègue et ami M. E. Meslier.

Jeanne D..., âgée de 73 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 20 octobre 1900. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Mariée à 22 ans, elle eut quatre grossesses. Tous les accouchements se passèrent d'une façon régulière, sauf le premier qui fut laborieux. On ne fit cependant pas d'application de forceps.

Les règles sont disparues à l'âge de 42 ans, et elle n'a jamais eu aucune maladie.

Depuis une dizaine d'années, la malade était très constipée, et éprouvait parfois beaucoup de difficultés pour aller à la selle. Les mictions sont aussi quelquefois pénibles. Ces troubles se sont aggravés beaucoup depuis quelque temps, mais la malade n'avait jamais remarqué de grosseur à la vulve.

Dans les premiers jours du mois de mai, la malade ressentit de violentes douleurs dans les reins. Une nuit elle se sentit mouillée, et elle constata qu'elle perdait en abondance du sang noir. En même temps elle s'aperçut qu'une masse du volume d'un œuf de poule faisait saillie à l'extérieur entre les lèvres de la vulve.

Depuis ce moment, elle ne cesse de perdre de l'eau rousse et quelquefois du sang, mais jamais en grande quantité. La malade éprouve sans cesse une sensation de pesanteur et des douleurs dans les reins qui la font souffrir beaucoup. De plus la présence de cette grosseur l'empêche de marcher.

A l'examen on constate que l'utérus, très augmenté de volume, fait une saillie considérable en dehors de la vulve, et les parois vaginales sont complètement abaissées. Le col est hypertrophié et présente des ulcérations irrégulières qui paraissent être de mauvaise nature.

Le 25 octobre 1900, la malade est anesthésiée au chloroforme. Désinfection du périnée, de la vulve et de la partie prolabée.

On applique deux valves vaginales. Avec le bistouri, on incise circulairement le vagin, en s'écartant un peu du col, surtout en avant. Deux incisions latérales partent du cul-de-sac latéral du vagin pour se porter vers l'incision circulaire. Dissection du lambeau vaginal en avant ; on sépare l'utérus de la vessie et on ouvre le péritoine en avant. Avec les ciseaux on dissèque le col en arrière, et on ouvre le cul-de-sac de Douglas. Dissection sur les côtés pour découvrir la base des ligaments larges qui sont rendus accessibles par la bascule de l'utérus en arrière. Section du ligament large gauche. Des pinces hémostatiques sont placées sur le pédi-

cule à mesure qu'on sectionne. L'utérus est abaissé, et on sectionne de la même façon le pédicule droit. Hémostase des tranches vaginales. Ligature des pédicules avec du fil de lin fin monté sur aiguille de Hagedorn. Suture de la plaie vaginale avec 3 fils de lin.

Sur la paroi postérieure du vagin, on place trois pinces tire-balles, l'une en haut du vagin et les deux autres de chaque côté aux limites de la vulve et du vagin. Une incision est menée entre les deux pinces latérales ; avec les ciseaux on dissèque la muqueuse jusqu'au niveau de la pince supérieure et on l'excise suivant la forme d'un triangle. Avec une grande aiguille de Hagedorn, on place des crins de Florence, de façon qu'ils comprennent dans leur anse toute la surface avivée. Les fils sont serrés. Quelques points superficiels sont placés pour faciliter le rapprochement.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Pansement vulvaire maintenu par un bandage en T.

Les suites opératoires sont bonnes. Le tampon vaginal est enlevé au bout de 48 heures. La malade ne souffre pas.

Elle se lève même plusieurs fois dès le second jour malgré la défense du chef de service, et ne s'en trouve point incommodée. Pas de température. Etat général excellent.

La malade sort le 4 novembre. Elle a été vue dernièrement, et le résultat est très bon.

OBSERVATION V (inédite).

Recueillie dans le service du Dr Monprofit, par notre ami
M. le Dr Perros.

La nommée Clémentine L., âgée de 37 ans, ménagère,

demeurant à Angers, entre salle Sainte Monique, lit n° 9, le 25 septembre 1900.

Réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement.

3 grossesses :

La 1^e à 22 ans, accouchement normal.

La 2^e à 26 ans, accouchement forceps.

La 3^e à 32 ans, accouchement forceps.

Depuis son deuxième accouchement, la malade n'a jamais été bien portante. Elle souffre de douleurs sourdes dans les reins, principalement au moment de ses époques. Après son 3^e accouchement, les douleurs ont augmenté à chaque époque menstruelle, au point que la malade est forcée de s'aliter. Dans l'intervalle, elle peut vaquer péniblement à ses occupations.

Examen. — Lorsque la malade se tient debout, et qu'elle pousse, les jambes écartées, on y voit apparaître hors de la vulve une masse conique, arrondie, qui n'est le siège ni d'inflammation, ni d'ulcération.

Le toucher permet de constater qu'on a affaire au col de l'utérus, dont les deux lèvres, antérieure et postérieure sont considérablement augmentées de volume. L'orifice du col est très élargi et laisse passer le pouce.

Etat général satisfaisant.

Intervention le 27 septembre 1900.

Chloroformisation.

Désinfection du champ opératoire; brossage de la vulve; injections vaginales.

Application de vulves vaginales.

Incision circulaire autour du col de l'utérus; décollement

au ciseau de la muqueuse en avant jusqu'au cul-de-sac péritonéal antérieur ; même opération en arrière.

Une pince à griffes forte appliquée sur le col tire violemment l'utérus en bas et à gauche. Ligature de l'utérine droite et section du ligament large de ce côté. Même opération du côté gauche. L'utérus est ainsi enlevé.

Pédicules très forts sur les ligaments larges.

Hémostase. Suture des parois antérieure et postérieure du vagin et résection d'une nouvelle cavité vaginale.

Colpo-périnéorrhaphie postérieure. Suture des lèvres de la plaie au catgut.

Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Suites opératoires.

Premier jour. — Réveil calme : peu de vomissement. Le tampon vaginal ne traverse pas.

Deuxième jour. — Pas de température. Enlèvement du tampon vaginal. Pas d'hémorrhagie.

Les jours suivants le mieux s'accroît ; la malade n'a pas de température ; elle se nourrit bien et ne souffre point du ventre. Rien à signaler que des douleurs assez vives au niveau de l'hypochondre droit. Sans ictère ni décoloration des selles.

Le douzième jour la malade se lève : elle fatigue peu et ne ressent pas de douleur appréciable. Elle continue les jours suivants et sort en bonne voie de guérison le 13 octobre 1900.

OBSERVATION VI inédite (Résumée).

Recueillie à la clinique privée de M. le Dr Monprofit à Angers.

Mme X..., 38 ans, entre à la maison de santé du Dr Monprofit au mois de juin 1897.

Trois grossesses à terme, la dernière à l'âge de 29 ans. Pas de conception depuis cette époque. Depuis un an environ, la malade s'aperçoit d'une grosseur à la vulve et on constate un prolapsus des parois vaginales antérieure et postérieure. L'utérus a aussi tendance à sortir de la vulve. Des pessaires lui ont été appliqués et sans succès.

Première intervention, (avril 1897). Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie postérieure.

Très bon résultat plastique. Au bout de trois semaines, la malade qui a repris ses occupations, se plaint de souffrir encore plus qu'avant l'intervention. Elle éprouve une pesanteur insupportable sur le périnée et sur la cicatrice postérieure.

A l'examen, on constate que le col utérin presse sur le périnée et sur la colpopérinéorraphie postérieure. Il tend la cicatrice et l'amincit tellement qu'on croirait la voir se rompre au moindre effort.

Il est évident que la malade ne peut rester en cet état, et on propose l'hystérectomie qui est aussitôt acceptée.

Deuxième intervention (juin 1897).

Hystérectomie vaginale. Incision au bistouri de la paroi vaginale, circonscrivant en avant un lambeau ovalaire, qui s'étend depuis le méat urinaire jusqu'au museau de tanche,

et en arrière un lambeau triangulaire dont la base répond à l'incision circulaire du col. Dissection du col, ouverture des culs-de-sac péritonéaux, et ligatures des ligaments larges. Quelques points de suture sur la plaie vaginale. Tamponnement iodoformé. Guérison complète et rapide.

La malade, revue en 1901, est en parfait état, ne souffre plus, marche sans douleur et sans fatigue.

OBSERVATION VII (inédite).

Recueillie par M. le D^r Canonne, à la maison de santé
de M. le D^r Monprofit.

Mme T..., de Gennes, âgée de 54 ans, est atteinte de prolapsus utérin depuis quelques années. L'utérus s'est abaissé considérablement depuis un an, et actuellement son col apparaît à la vulve, à l'occasion du moindre effort. Cette affection provoque de la gêne et des pertes blanches continuelles. On ne constate ni cystocèle, ni rectocèle.

Une seule grossesse, il y a 24 ans, à terme et sans accidents. La malade a cessé de voir ses règles depuis cinq ans.

Elle arrive à Saint-Martin, le 10 juin 1900 pour y être opérée.

Intervention le 14. Anesthésie au chloroforme. Asepsie du périnée, de la vulve et du vagin.

Le col, absolument sain, est saisi à l'aide d'une pince à griffes et attiré au dehors.

Incision circulaire au bistouri tout autour du col, près de l'orifice du museau de tanche en avant, et s'écartant davantage en arrière. Deux incisions latérales, à droite et à gau-

che, longues de deux centimètres, partent de l'incision circulaire, pour se porter en dehors en suivant la direction de la base des ligaments larges. Avec les ciseaux, et surtout avec le doigt, on décortique le col en avant, en suivant de très près le tissu utérin. Ouverture du cul-de-sac antérieur.

Isolement du col en arrière. Ouverture du cul-de-sac de Douglas. Quelques ligatures sont placées sur des artères du vagin. On aperçoit la base des ligaments larges.

L'utérus est alors basculé en avant.

Une pince à pédicule est appliquée sur le ligament large du côté droit. Ligature du pédicule à l'aide d'un gros fil de lin monté sur une aiguille courbe, section du ligament.

La matrice ne tient plus que par le ligament large du côté gauche. On abaisse l'utérus de façon à bien tendre le ligament. Ligature par transfixion du pédicule avec gros fil de lin, et section. Un nouveau fil de sûreté est placé sur l'utérine droite qu'on aperçoit distinctement.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

L'intervention s'est faite très simplement, sans la moindre hémorragie.

Le soir de l'opération la malade ne paraît pas trop fatiguée. Pas de vomissements. Température 37°, 1.

Le tampon vaginal est enlevé le lendemain.

A partir de ce moment l'opérée urine seule.

La convalescence est normale et rapide.

Mme T... quitte Saint-Martin le 8 juillet, complètement rétablie.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette dame le 15 avril 1901. Son état est excellent tant au point de vue local qu'au

point de vue général. Pas la moindre procidence des parois vaginales.

OBSERVATION VIII (inédite).

Recueillie dans le service de M. le Dr Monprofit par notre collègue et ami M. E. Meslier.

Mme L..., garde-barrière à Saint-Sylvain, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 novembre 1900 dans le service de clinique chirurgicale.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels nous apprennent qu'elle a été réglée à 15 ans, et qu'à partir de ce moment ses époques ont été régulières et indolores.

La malade se marie à 21 ans et a 9 enfants :

Le premier à 22 ans en 1873.

Le deuxième à 24 ans en 1875.

Le troisième à 26 ans en 1877.

Le quatrième à 28 ans en 1879.

Le cinquième à 31 ans en 1882.

Le sixième à 33 ans en 1884.

Le septième à 35 ans en 1886.

Le huitième à 38 ans en 1889.

Le neuvième à 40 ans en 1891.

Sur ces 9 enfants, 7 sont vivants et bien portants ; deux sont morts : l'un, le quatrième est mort à 6 jours, l'autre, le septième est mort-né.

Tous ces accouchements se sont passés d'une façon régu-

lière, et n'ont nécessité aucune intervention. Le premier seul fut assez laborieux.

A 24 ans, la malade nous dit qu'elle a eu une maladie d'intestin qui la tint au lit pendant une quinzaine de jours. Depuis ce temps elle était bien portante; toutefois elle était assez constipée, et il lui arrivait fréquemment de n'aller à la selle que tous les 3 ou 4 jours.

En janvier 1899, la malade, toujours réglée, fut prise au moment de ses époques, d'une perte considérable qui se prolongea pendant deux mois. La malade perdit beaucoup de sang pendant quelques jours, puis peu à peu ces métrorrhagies diminuèrent.

Depuis ce temps, il lui est arrivé plusieurs fois de perdre du sang pendant 3 ou 4 semaines. Malgré cela, cette femme a toujours continué d'exercer son métier de garde-barrière.

Il y a 4 mois, à la suite de plusieurs journées de fatigue la malade a été reprise de métrorrhagies abondantes qui durent encore. En ce moment-ci, elle n'a pas de leucorrhée, et dit n'en avoir jamais eu.

Actuellement, la malade souffre toujours, qu'elle soit debout, assise ou couchée. Toutefois, la douleur est beaucoup plus vive lorsqu'elle est debout, surtout après avoir marché pendant quelques instants.

Elle éprouve dans le bas-ventre une sensation de pesanteur, qui s'irradie dans les reins et dans les cuisses.

Elle présente en ce moment de l'anorexie, des troubles dyspeptiques, des maux de tête.

Elle urine très souvent, et est toujours constipée.

A l'examen, on voit une masse de la grosseur du poing

sortir à travers les grandes lèvres. Lorsque la malade est debout, cette masse sort davantage entre les cuisses, et dépasse alors le niveau des grandes lèvres de 3 ou 4 centimètres environ. On aperçoit l'orifice externe du col et les deux lèvres antérieure et postérieure. Si la malade se couche, la tumeur rentre un peu, sans jamais cependant disparaître complètement entre les deux lèvres qu'elle entrebaille. Si l'on essaie de faire rentrer cette masse avec le doigt, on sent qu'il faut vaincre une certaine résistance, et l'on constate que l'utérus reparait dès que l'on enlève le doigt.

La malade est opérée le 4 décembre 1900.

Anesthésie au chloroforme. Désinfection soignée du périnée, des grandes lèvres qui ont été préalablement rasées, et de la partie prolabée. On attire le prolapsus à l'extérieur avec deux pinces tire-balles, et l'on fait au bistouri, autour du col, une incision circulaire, que l'on a soin de faire peu profonde en avant, afin de ne pas tomber sur les veines de la face antérieure. Sur les parois latérales du col on fait sur le bord droit et gauche une petite incision perpendiculaire à la première pour rendre la dissection plus facile. On dissèque en avant et en arrière sur le cul-de-sac péritonéal qu'on ouvre. On note une hypertrophie et un grand allongement du col. Après avoir ouvert le péritoine, on attire par cet orifice la face antérieure de l'utérus qui est très volumineux. On met à ce moment une pince hémostatique sur le sommet du ligament large droit que l'on sectionne. Ceci fait, on attire le col en avant et en haut et on ouvre le cul-de-sac postérieur. On attire alors dans l'incision la face postérieure de l'utérus, on prend le ligament large gauche dans une pince hémostatique et on le sectionne comme à droite.

La matrice est alors soulevée.

On fait l'hémostase, on lie les artères utérines, et le sommet des deux ligaments larges avec un pédicule en fil de lin.

La matrice enlevée, on juge à propos de faire une colpopérinéorrhaphie postérieure pour renforcer le vagin et une élytrorrhaphie. On enlève à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin, un lambeau triangulaire à sommet postérieur qui empête un peu sur le périnée. On affronte les lèvres de la plaie avec des crins de Florence montés sur des aiguilles de Hagedorn.

On tamponne le vagin avec de la gaze stérilisée ; on applique un peu de gaze iodoformée sur l'orifice du vagin et sur le périnée, et l'on met un peu d'ouate. Le tout est tenu en place par un bandage en T.

L'opération terminée on examine la pièce ; l'utérus mesure 20 centimètres de long depuis le fond jusqu'à l'orifice du col. Le col et les parois sont considérablement hypertrophiés. A la coupe la muqueuse paraît grisâtre, fongueuse ; les tissus paraissent sains et non fibromateux.

Suites opératoires :

Réveil très calme. Quelques vomissements. La malade souffre un peu. On constate un écoulement de sang assez abondant qui nécessite un nouveau tamponnement à la gaze.

Température : à 2 heures du soir 35°,4 ; à 5 heures 37°. Pouls vil et régulier à 80.

Le lendemain, la température est de 36°,7 le matin et de 37°,1, le soir. Douleur légère ; pas de vomissements, pas de selle. La malade a uriné toute seule deux fois.

Le troisième jour, 6 décembre :

Température 36°,6 le matin, 37°,2 le soir.

La mala le n'a pas été à la selle. On prescrit un lavement purgatif.

Le 7 décembre. — Etat stationnaire.

Température 36°,4 le matin, 37°, le soir.

Le 9 décembre. — La malade commence à manger un peu de potage et un œuf.

Le 5 décembre. — On enlève les fils, et la malade se lève. Quelques jours après, le 19 elle quitte l'hôpital en très bon état.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie vaginale est indiquée dans le prolapsus total de l'utérus, chez les femmes ayant atteint ou dépassé l'âge de la ménopause ;

2° Lorsque les pessaires et autres moyens de contention de l'utérus auront échoué.

3° Elle sera faite aussi toutes les fois qu'au prolapsus s'ajoutera une affection grave de l'utérus, telle que le cancer, la gangrène ou le fibrome.

4° Elle sera rejetée chez les femmes jeunes susceptibles de grossesses ultérieures où l'on devra tenter la fixation de l'utérus.

5° L'hystérectomie vaginale seule est impuissante à combattre la cystocèle et la rectocèle qui existent dans le prolapsus complet.

6° La colpoperinéorraphie devra toujours lui être associée, et, autant que possible, elle sera faite dans la même séance.

Vu : le Président de thèse
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Asch (R.). — Extirpation des Uterus mit Resektion der Scheide, wegen Vorfalles. Archiv. für Gyn. T. XXXV, 1888.

Corradi. — Lo-sperimentale, 1876.

Hartmann et Du Bronchet. — Hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus. Ann. de Gyn. et d'Obst. 1894, p. 45.

Barty, — Extirpation of the uterus in Ann. Anat. and surg. Brooklyn 1881, p. 274.

Becquerel. — Traitement clinique des maladies de l'utérus, 1859.

Baldy. — In americ. Journ. of Obst. 1893.

Harmann. — Ann. de Gyn. et d'obst., 1896.

Quénu. — Ann. de Gyn. et d'Obst. 1894.

— Du traitement du prolapsus utérin par l'hytéréctomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1893,

Hahn. — Bel. Klin. Woch., 1882.

Kehrer. — Beitr. Klin. med. exp. Geburst. und Gyn., 1897.

Müller. — Congr. des naturalistes allemands Heidelberg, 1889.

Zolonitsky. — Hystérectomie vaginale contre les prolapsus génitaux. Th. Paris, 1894.

Lanique. — De l'hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement du prolapsus utérin. Th. Nancy, 1894, 1895.

Beverley-Monagle. — Gynecological Transactions, 92.

Legueu. — Traité de Gynécologie.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

— De l'hystérectomie comme traitement du prolapsus génital complet.

Delagenière. — Chirurgie de l'utérus.

Congrès français de chirurgie, 1896.

Lejars. — Soc. de chir. 1894.

Bouilly. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1896.

Woff. — Soc. de médec. russes, Moscou 1894.

Jacob. — Annales de l'Institut Sainte-Anne, 1890.

Bellicaud. — De l'hystérect. vag. dans quelques cas de prolapsus utérin. Th. Paris, 1894.

Prieur. — Le prolapsus utérin et l'hyst. vag. Th. Paris, 1894.

Lecompte. — Du traitement du prolapsus ut. total par l'hystérectomie vaginale. Th. Paris, 1894.

Terrier. — Bull. soc. chirurg. 1889.

Vaton. — Th. Bordeaux, 1890.

Bœckel. — Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes. Gaz. méd. Strasbourg, 1897.

Petit. — A propos du traitement du prol. génital. Semaine gynécologique, février 1897.

Holme Wiggin. — Notes on the operative treatment of complete vaginal and uterine prolapse. *Med. News.*, 1897.

Faure. — *Presse médicale*, oct. 1896.

Boldt. — *New-York journal of. Gyn.*, 1893.

Czempin. — *Central. für Gynéc.*

